FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1889-90 N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES IMPERFORATIONS ANO-RECTALES

De la conduite à tenir dans le cas où l'on ne peut atteindre l'ampoule rectale par le périnée

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 DÉCEMBRE 1889

PAR

Jean-Marie-Joseph-Baptiste DUCURON

Né à Castelnau-Rivière-Basse (Hautes-Pyrénées), le 11 mars 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS,	professeur,	*président.*
AZAM,	professeur,	*juges.*
BOURSIER,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1889

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1889-90 N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES IMPERFORATIONS ANO-RECTALES

De la conduite à tenir dans le cas où l'on ne peut atteindre l'ampoule rectale par le périnée

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 DÉCEMBRE 1889

PAR

Jean-Marie-Joseph-Baptiste DUCURON

Né à Castelnau-Rivière-Basse (Hautes-Pyrénées), le 11 mars 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS,	professeur,	*président.*
AZAM,	professeur,	*juges.*
BOURSIER,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... Professeurs honoraires.
MERGET.....

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	N.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	N.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. BOURSIER. FERRÉ. | Histoire naturelle.. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. méd. des enfants.	MM. A. MOUSSOUS	Clin. des mal. syphil. et cutan.	MM. ARNOZAN.
Clin. chir. des enfants.	PIECHAUD.	Clin. des mal. ment..	N.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Chimie.....	DENIGÈS.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

M. LACOME

Médecin, maire de Castelnau, R. B.,
Président de la Commission départementale des Hautes-Pyrénées,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Ma reconnaissance pour toi sera éternelle.

A MON PÈRE, LE DOCTEUR DUCURON

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier d'Académie.

A mes Professeurs

DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

A Monsieur le Docteur T. PIÉCHAUD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chargé du cours de clinique chirurgicale des enfants.

A mon camarade d'études, Le Docteur ROLLAND

AVANT-PROPOS

L'idée de ce modeste travail nous a été fournie par une clinique de M. le professeur agrégé Piéchaud, chargé d'un cours complémentaire des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Malheureusement un deuil récent, pour lequel nous adressons à notre maître des sentiments de profonde condoléance, l'a empêché de nous guider dans l'exécution de ce travail.

Aussi, livré à nos faibles ressources, n'avons-nous peut-être pas pu mener à aussi bonne fin que nous l'aurions voulu notre travail; force nous a été de nous limiter à un point particulier, laissant de côté une foule de considérations du plus haut intérêt. Nous avons donc fait tous nos efforts pour réunir des faits épars dans la science, nous bornant à indiquer sommairement les conclusions qui paraissaient s'en dégager. C'est une pierre d'achoppement que nous avons édifiée pour cette importante question, heureux si elle peut aider à des travaux ultérieurs plus considérables d'autres plus autorisés que nous, et notre seule ambition serait de leur avoir facilité la tâche par les recherches que nous avons dû faire. A coup sûr, le point que nous avons étudié n'est pas le moins intéressant de la question, si l'on songe que la vie du nouveau-né, présentant une imperforation ano-rectale, dépend de l'intervention immédiate du chirurgien et qu'en pareil cas, la moindre hésitation peut devenir une cause de mort.

Que M. le professeur Demons, notre premier maître dans les hôpitaux, veuille bien accepter l'hommage de notre sincère reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse. Nous n'oublierons jamais la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant la durée de nos études.

Nous prions également nos excellents amis, le docteur Lamarque, chef de clinique chirurgicale, et Fage, interne des hôpitaux, de recevoir tous nos remerciements, le premier pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner, le second pour la traduction qu'il a faite d'un certain nombre d'observations étrangères.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES IMPERFORATIONS ANO-RECTALES

De la conduite à tenir dans les cas où l'on ne peut atteindre l'ampoule rectale par le périnée.

CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ DU SUJET

Le sujet dont nous avons entrepris l'étude est certainement un de ceux sur lesquels on a beaucoup écrit et un de ceux cependant sur lesquels les chirurgiens se trouvent encore à l'heure présente en divergence; cela tient probablement à ce qu'il est difficile d'établir une ligne de conduite absolue pour des cas souvent dissemblables.

Guersant dans la *Gazette des hôpitaux* (1875) faisait remarquer que, sur plus de trente cas opérés par lui, il n'en avait pas trouvé deux identiques. De là, l'imprévu dans les opérations et partant l'incertitude dans les descriptions; de là, la difficulté de donner un *modus agendi* qui puisse mettre à l'abri

de ces insuccès nombreux, bien faits pour décourager le chirurgien.

Lorsque nous avons fait quelques recherches bibliographiques, à propos de l'intéressante observation de M. Piéchaud, cet état de la question nous a fait penser qu'il y avait lieu d'approfondir ces recherches pour tirer de notre étude quelques conclusions pratiques. Mais en raison de la longueur de cette étude, il a fallu forcément nous restreindre, et c'est à dessein que nous avons laissé de côté les simples athrésies rectales ou anales; les abouchements anormaux de l'anus, qui se font, comme l'on sait, sur le scrotum, sur la face inférieure du pénis, à la vulve, ou à l'entrée du vagin; de même, les abouchements anormaux du rectum qui ont lieu dans la vessie, l'urèthre ou le vagin.

Nous nous sommes borné aux imperforations anales proprement dites, ayant en vue dans ce cas les principales variétés, à savoir :

1° L'oblitération de l'anus par une simple membrane;

2° L'oblitération de l'anus plus ou moins atrophié, ou même nul, par une couche de tissus épaisse de deux à quatre centimètres;

3° L'existence d'un anus normal, mais la terminaison par un cul-de-sac imperforé du rectum à une plus ou moins grande distance de la cavité anale;

4° L'apparence normale d'un anus avec absence partielle ou totale du rectum.

Grâce aux progrès de la chirurgie antiseptique et aussi à la connaissance plus exacte des méthodes opératoires, les insuccès sont aujourd'hui plus rares. Lorsqu'on peut suivre la voie périnéale, les chances deviennent relativement assez grandes, et dans ces conditions aucun chirurgien n'hésite à intervenir.

Mais il n'en est point de même lorsque, par suite de dispo-

sitions anatomiques, on doit abandonner cette voie et recourir à un autre procédé, tel que celui de Littre ou celui de Callisen. Alors certains chirurgiens, et des plus compétents, hésitent ou se refusent à faire une opération qui, selon eux, a peu de chance de succès et qui, en cas de réussite, placera le malade dans des conditions d'existence très pénibles.

« Je considère, dit de Saint-Germain (1), par l'expérience que j'ai depuis longtemps des malheureux qui viennent de temps à autre demander des appareils métalliques ou autres, destinés à recevoir les matières stercorales qui s'échappent, soit du ventre, soit des lombes, je considère, dis-je, cette situation comme intolérable; je refuserais énergiquement de faire subir cette opération à un de mes enfants; et si jamais j'avais été, pour mon malheur, la victime d'une pareille intervention dans ma prime jeunesse, je crois que je consacrerais mon existence à tirer vengeance du chirurgien qui m'aurait imposé une existence aussi misérable. »

« Ma règle de conduite est donc absolue; ou l'anus créé par le chirurgien occupera la place de l'anus normal, ou il ne sera pas. »

En 1873, Forget tenait un langage semblable à la Société de Chirurgie :

« D'après ce que j'ai observé depuis trente années de pratique, je considère que la voie périnéale est la seule à suivre pour le rétablissement d'un anus, et, à défaut d'y réussir, je me déciderais difficilement à faire l'opération de Littre ou de Callisen, puisqu'en admettant qu'elle réussisse, les déplorables conditions où se trouve l'opéré, sont de nature à lui rendre la vie insupportable. »

Malgré l'autorité des auteurs dont nous citons l'opinion,

(1) De Saint-Germain : *Rev. mens. des maladies de l'enfance*, août 1888.

nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas là quelqu'exagération, et c'est pour contrôler l'exactitude de cette pensée que nous avons entrepris ce travail.

Sans doute, quand la vie n'est pas en danger, la chirurgie doit avoir pour but de rendre l'existence aussi commode et aussi agréable que possible; mais quand la vie est sérieusement menacée, elle doit avant tout viser à la conservation du malade. La chirurgie, qui a accompli dans ces dernières années des progrès considérables, ne se montrerait pas à la hauteur de sa tâche, si elle n'utilisait jusqu'à ses dernières ressources pour assurer la conservation du malade.

Aussi avons-nous cherché à réunir le plus de faits possible, de façon à établir ce que donne la méthode périnéale, puis à voir les résultats des opérations qui créent un anus artificiel dans la région abdominale ou dans la région lombaire.

De la sorte, nous aurons établi pour ainsi dire une statistique de laquelle nous essaierons de tirer impartialement des conclusions pratiques, utiles au praticien qui, ayant à traiter un anus imperforé et ne pouvant suivre la voie périnéale, pourrait certainement se trouver fort perplexe sur la conduite à tenir.

Qu'on nous permette auparavant, par un exposé rapide des diverses méthodes employées, de fixer le lecteur sur les grandes lignes de cet intéressant sujet.

CHAPITRE II

MÉTHODES ORDINAIREMENT EMPLOYÉES POUR LA CRÉATION D'UN ANUS ARTIFICIEL

L'anus artificiel peut se faire dans trois régions distinctes :

1° Dans la région ano-périnéale ;

2° Dans un point de la paroi antérieure de l'abdomen ;

3° Dans la région lombaire.

Méthode périnéale. — Les procédés classiquement employés pour la création d'un anus dans la région périnéale sont :

A. La ponction ;

B. La proctotomie ou incision simple ;

C. La proctoplastie ou méthode d'Amussat.

La *ponction*, faite avec un trocart dans la région normale de l'anus, est une opération inefficace et dangereuse. Inefficace, parce qu'elle n'assure pas un écoulement suffisant au méconium et aux matières fécales et parce qu'il est illusoire de penser maintenir l'orifice dilaté par l'emploi même prolongé de bougies rectales. Dangereuse, parce qu'elle expose les tissus à l'infiltration du méconium et les organes voisins (vessie, utérus, péritoine, etc.) à être lésés par la main de l'opérateur. Aussi est-ce à juste titre que les chirurgiens contemporains lui préfèrent l'incision.

La *proctotomie* ou incision simple consiste à faire une incision sur la région périnéale afin d'atteindre et d'ouvrir le rectum. Elle a le désavantage de ne pas fixer le rectum aux lèvres de la plaie, de laisser le méconium enflammer le tissu

cellulaire par son contact, de ne pas empêcher l'athrésie plus ou moins complète de l'anus de s'effectuer.

La *proctoplastie* ou *procédé d'Amussat* présente des difficultés, demande de l'habileté dans son exécution, mais est rachetée par des résultats qu'aucun autre procédé ne peut fournir. Cette opération consiste à faire une incision périnéale sur la ligne médiane de la racine du scrotum ou de la commissure vulvaire à la pointe du coccyx à une profondeur suffisante pour atteindre l'intestin, à attirer en bas le rectum après l'avoir décollé sur la partie antérieure et sur les parties latérales, à passer deux anses de fil à travers ses parois, à l'ouvrir sans couper les fils et, lorsqu'il est dégorgé, à suturer sa muqueuse à la peau.

Verneuil a perfectionné le procédé d'Amussat en réséquant le coccyx pour se donner du jour et pour respecter en partie les fibres du sphincter.

Nous mentionnerons aussi une modification intéressante apportée par Vincent (de Lyon) et dont on trouvera les détails dans le *Lyon médical* et la thèse de Maître (Lyon, 1887).

Méthode abdominale ou de Littre.— Cette méthode proposée par Littre en 1710, exécutée seulement soixante ans plus tard par Antoine Dubois, consiste à faire dans la région inguinale gauche une incision de 2 centimètres et demi, partant du milieu de l'arcade crurale et se dirigeant vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, en divisant couche par couche; à ouvrir le péritoine; à passer à travers l'intestin un fil d'argent dont les deux bouts passent à travers les lèvres de la plaie; à diviser l'intestin et le laisser se vider. Coupant l'anse métallique par son milieu, l'on a deux points de suture, l'un pour la lèvre supérieure, l'autre pour la lèvre inférieure, qui permettent de suturer l'intestin avec la plaie extérieure. On applique ensuite, si cela est nécessaire, quelques autres points de suture

pour rendre l'adossement plus complet. Il ne reste plus que le pansement à faire.

Méthode lombaire ou de Callisen. — Cette méthode a pour but d'ouvrir une voie dans la région lombaire et de trouver ainsi l'intestin.

A cet effet, on pratique dans la région lombaire gauche une incision de 3 à 4 centimètres au milieu de l'espace compris entre les fausses côtes, la crête iliaque, le sacro-lombaire et une ligne fictive menée de l'épine iliaque antérieure et supérieure au rebord des fausses côtes. Cette incision est longitudinale, d'après le procédé de Callisen; transversale, d'après celui d'Amussat; oblique, d'après celui de Baudens.

On divise la peau, le tissu cellulaire, les muscles superficiels; on arrive ainsi en dehors du carré des lombes dans l'intervalle qui le sépare du muscle transverse, qu'on divise. On saisit l'intestin à l'aide de deux anses de fil, comme dans la méthode de Littre; on l'ouvre, et, une fois qu'il est dégagé, on le suture aux lèvres de la plaie à l'aide des fils déjà en place, en y ajoutant, si cela est nécessaire, quelques nouvelles sutures.

CHAPITRE III

Cela posé, nous allons immédiatement entrer dans notre sujet par l'exposé des divers cas que nous avons pu réunir. Notre statistique sera forcément incomplète, car nous n'avons pu nous procurer tous les documents qui nous auraient été nécessaires et on trouvera dans notre index bibliographique un certain nombre d'indications de cas que nous n'avons pu connaître. Cependant le nombre de faits que nous avons pu réunir et que nous avons collectionnés sans parti pris, nous a paru suffisant pour nous permettre d'en tirer des conclusions.

Du reste, notre relevé, fût-il aussi complet que possible, ne représenterait assurément pas la totalité des cas observés. Il est évident que bien des imperforations simples se présentent qu'il suffit d'inciser pour donner issue au méconium et qui ne méritent pas d'être mentionnées. Ces cas simples offrent à l'intervention des indications précises et élémentaires : leur étude est dénuée d'intérêt.

Il n'en est pas de même dans bien des cas et il serait à désirer que tous les faits observés soient publiés. La fréquence des imperforations ano-rectales n'est du reste pas très grande, puisque sur un total de plus de 73,000 accouchements relevés par Couture, du Havre; par Collins, de Dublin; par Zohré, de Vienne et U. Trélat, à la Maternité de Paris, on ne compte pas plus de 7 cas d'imperforation anale, soit 1 sur 11,000 nouveaux-nés.

Elles étaient cependant connues des médecins grecs, latins et

arabes qui les auraient considérées comme au-dessus des ressources de l'art, si nous en croyons Bodenhammer. Cependant Paul d'Egine parle de l'incision lorsqu'il n'y a qu'une membrane obturatrice. C'est l'opinion d'Albucassis qui fait ensuite mettre une canule de plomb.

Puis au siècle dernier, les observations se multiplient. Nous citerons Kaltschmied, J.-L. Petit, Wrisberg, Dumas, Roonhuisen, Morand, Daubenton, de Jussieu, Van Swieten, Bertin, etc.

Les premiers cas d'intervention sont ceux de Lusitanicus, Morgagni, Roonhuisen, Desault, dans lesquels l'incision périnéale fut suivie de succès.

J.-L. Petit l'a faite également plusieurs fois et ses malades n'ont pas survécu.

Holtzachus, H.-V. Sandry, Kaltshmied, Pierre Adriani, ne purent trouver le bord inférieur du rectum et c'est alors que nous voyons Littre, en 1710, proposer de donner issue au méconium par la colotomie; cette opération ne fut cependant pratiquée que 60 ans après par Pillore, de Rouen. Le premier succès fut obtenu par Duret, en 1792.

En 1800, Callisen, pensant qu'on trouverait plus facilement l'intestin dans la région lombaire, proposa sans y attacher trop de confiance, de pratiquer l'anus artificiel dans cette région. Grâce aux travaux d'Amussat et à la modification importante qu'il apporte à cette méthode, elle fut pratiquée un certain nombre de fois.

Enfin, dans ce siècle, la question des imperforations anales est souvent agitée au sein des Sociétés savantes, et les diverses méthodes, en particulier la méthode périnéale, subissent de nombreux perfectionnements. Nous citerons seulement les noms de Goyrand, Giraldès, Friedberg, Trélat et Verneuil.

Nous nous arrêtons dans ce rapide historique, qui nous a paru nécessaire, car nos recherches, en particulier pour l'anus

périnéal, ont porté sur des observations plus récentes et mieux en rapport avec les progrès de la chirurgie. Nous ne pouvons que renvoyer aux excellents articles des deux dictionnaires.

Passant maintenant aux différentes observations réunies, nous commencerons d'abord par les cas où la méthode périnéale seule a été employée. Nous l'avons déjà dit, il n'est pas dans notre intention d'entrer dans plus de détails, ni d'envisager les divers procédés, nous voulons seulement voir les résultats en eux-mêmes, afin d'être fixé sur ce qu'on doit attendre de chaque méthode.

Nous avons cru devoir admettre les observations dans lesquelles il existe une fistule recto-vésicale ou uréthro-rectale. Car dans ces cas la communication est toujours petite, et si la présence du méconium dans l'urine fournit un appoint au diagnostic, les symptômes ne sont guère différents des cas dans lesquels il y a imperforation absolue ; les phénomènes d'obstruction sont à peu près aussi intenses. L'urgence de l'intervention est la même et les résultats peuvent être mis en parallèle.

C'est donc le relevé que nous avons pu faire de tous ces cas que nous allons maintenant passer en revue.

OBSERVATION I

Trélat, Soc. chir. 17 déc. 1862 (*Bull.*, 2e série, t. III, p. 565)

Enfant mâle, né depuis trente-six heures. Avait uriné. Face grippée. Quelques vomissements. Tympanisme. Partout de la sonorité et de l'élasticité. L'anus est bien conformé, mais on trouve un cul-de-sac à un centimètre. Pas de sensation méconiale; après avoir vidé la vessie et l'avoir fait basculer en avant avec le cathéter droit, une incision périnéale est faite partant d'un centimètre en avant de l'anus jusqu'au coccyx. Sent en haut vers

la vessie un cordon qui mène à une surface élargie, tendue, molle et située à 45 millimètres au moins. Ne pouvant le faire descendre, il fait une ponction qui amène une goutte de méconium, alors incise hardiment, et il s'échappe un flot de méconium. L'enfant tète et ne vomit pas, mais il s'affaiblit et meurt huit heures après.

OBSERVATION II

DOLBEAU, Soc. chir, 17 déc. 1862 (*Bull*; 2e série, t. III, p. 565)

Cite un cas analogue à celui de Trélat (obs. I). Une première ponction n'avait donné aucun résultat, une deuxième ponction donne évacuation au méconium, on ne peut placer de canule. L'enfant meurt quelques instants après.

OBSERVATION III

FORGET, Soc. chir, 7 janv. 1863 *Bull*; 2e série, t. IV, p. 1)

Enfant du sexe féminin, née depuis trente-six heures. Peau enfoncée en doigt de gant formant un anus. Plis rayonnés. Cul-de-sac à 1 centimètre. Pas de fluctuations pendant les efforts de l'enfant. Tète peu, mais pas de vomissements ; urines claires. Rien aux organes génito-urinaires.

Fait une ponction en suivant le sacrum et va jusqu'à 1 centimètre 1/2 sans résultat. Incise alors au bistouri et ne peut rien trouver. L'anus iliaque proposé est refusé par les parents. A l'autopsie, le rectum se terminait au niveau de l'articulation sacro-lombaire droite, d'où partait un cordon fibro-musculaire.

OBSERVATION IV

VERNEUIL, Soc. chir. 16 juillet 1862 (*Bull*; 2e série, t, III, p. 323)

Enfant de quatre jours. Le médecin avait fait une ponction au niveau de l'anus et avait cru ramener du méconium. Il était mourant. Après avoir reconnu le coccyx, incisé couche par couche sur une étendue de 2 centimè-

tres jusqu'à une profondeur de 15 mill, il rencontre une résistance, ponctionne et il s'écoule du méconium. L'enfant était très bien un mois après, là-dessus les parents l'emmènent et il meurt huit jours après, peut-être faute de soins.

OBSERVATION V

MARJOLIN, Soc. chir, 21 avril 1869 (*Bull*; 2e série, t. X, p. 177)

Enfant de quarante heures. Quelques vomissements. Ventre peu tuméfié. Anus bien conformé, mais terminé en cul-de-sac. Il s'écoule du méconium par l'urèthre. Une sonde introduite dans la vessie en ramène. Après avoir injecté de l'eau tiède pour nettoyer la vessie, incise le périnée, trouve profondément l'intestin ; pendant quelques jours les matières sortent à la fois par l'anus et l'urèthre, puis tout sort par l'urèthre. L'enfant a actuellement six mois, l'anus est de nouveau obstrué, on n'avait pas fait de sutures.

OBSERVATION VI

VERNEUIL, Soc. Chirurgie, 28 mai 1873. (*Bull.*, série 3, t. II, p. 288).

Enfant mâle, né depuis deux jours. Anus bien conformé, cul-de-sac de 18 millimètres. On perçoit, vers le coccyx, un petit renflement rénitent qui est incisé. Issue du méconium. Le rectum, aplati, disparaît. Alors, résection de 5 mill. de coccyx qui permet d'arriver à l'ouverture rectale. Suture à la peau. Guérison complète au bout de trois semaines, mais retrécissement de l'orifice qui nécessite, deux mois après, deux débridements perpendiculaires à la valvule formée. Dilatation digitale, guérison.

OBSERVATION VII

(même auteur)

Enfant mâle, né depuis deux jours. Anus bien conformé, terminé en cul-de-sac à quelques millimètres. Pas de résistance ni de fluctuation. Ventre ballonné, anses intestinales apparentes. Face pâle. Affaissement de l'enfant.

Après dissection, on trouve au-dessus du cul-de-sac un cordon fibreux remontant à plus de 2 centimètres.

Résection du coccyx. Trouve enfin, profondément, une masse noirâtre; après avoir passé deux fils en croix, l'incise ; issue de méconium. Le bord inférieur du rectum est à 7-8 mill. de la peau une fois les sutures serrées. Perte de sang minime. Mort quarante-huit heures après d'affaiblissement.

OBSERVATION VIII

(même auteur)

Enfant du sexe féminin, née depuis quelques heures seulement. Pas d'anus, pas de coloration ni de rénitence.

Incision médiane. Résection du coccyx. Trouvé très haut le bord inférieur du rectum ; sutures à la peau qui coupent bientôt les tissus. L'anus fonctionne bien et l'état paraissait bon lorsque l'enfant devient ictérique et succombe au 11e jour.

OBSERVATION IX

(même auteur, p. 296)

Enfant mâle né depuis 78 heures. Ventre ballonné, peu de vomissements. Adynamie très prononcée. Anus bien conformé. Cul-de-sac à 18 mill.

Incision et dissection. Résection du coccyx. On trouve la tumeur méconiale profondément. Huit points de suture métallique. L'enfant prend le sein.

Amélioration vers le 3e jour ; le 4e, hémorrhagie secondaire, grande faiblesse. Les sutures qui coupent la peau sont peu à peu enlevées. Au 12e jour, épidydimite aiguë. Le cordon ombilical se détache. L'anus est cautérisé le 17e jour.

Le 29e jour, érysipèle du scrotum. Mort, au 35e jour, de péritonite. L'anus a tenu bon jusqu'au dernier moment.

OBSERVATION X

(Même auteur)

Enfant mâle, né depuis 51 heures. Périnée bombé, pas de pli interfessier. Incision médiane. Dissection jusqu'à 2 centimètres de profondeur. Résection du coccyx, il arrive, enfin, à un cordon rétréci qui est l'extrêmité supérieure du rectum. Suture à la peau. Admet le petit doigt. L'enfant prend le sein. Les sutures coupent la peau et se détachent d'elles-mêmes au bout de 8 jours.

Constate qu'il s'écoule du méconium par l'urêthre — fistule urêthro rectale — persistant encore quatre mois après.

OBSERVATION XI

Julliard, Soc. chirurgie, 1873 (*Bull.*, 3e série, t. II, p. 316).

Enfant mâle, né depuis 2 jours. Pas d'anus. Issue de méconium par l'urêthre. Ventre ballonné, tendu. Tympanisme.

État général mauvais. Incision périnéale jusqu'à 3 centimètres de profondeur. Incision du cul-de-sac rectal. Sutures métalliques à la peau.

Mort 13 jours après.

OBSERVATION XII

(Tarnier, Soc. chirurg., 22 octobre 1873 *Bull.*, série 3, t. II, p. 475).

Enfant mâle présentant une imperforation de l'anus, avec communication du rectum avec la vessie. A une profondeur de 25 mill., le bord inférieur n'avait pas encore été rencontré. Alors résection du coccyx. Incision du rectum. Sutures métalliques. Ecoulement de sang minime. L'urine devient claire.

Mort 36 heures après d'axphyxie.

L'autopsie montre qu'il existait une communication entre l'œsophage et la trachée.

OBSERVATION XIII

POLAILLON. Soc. chirurg., 14 juillet 1875, p. 613.

Enfant mâle ayant, avec d'autres malformations, une imperforation anale. Pas d'orifice. Aucune saillie. L'enfant tète, mais vomit aussitôt. Urine claire, mais il s'échappe des gaz par l'urèthre.

Incision médiane des bourses au coccyx. Arrive à une couche noirâtre qui est fixée par quatre points de suture et ponctionne entre les sutures. Rien ne sort. Alors agrandit l'ouverture en arrière, incise le coccyx sur la ligne médiane. A une profondeur de 3 centimètres, le bord inférieur n'est pas découvert. En introduisant un stylet par l'urèthre, il arrive dans l'ampoule rectale qui est alors abaissée et percée à la peau par quatre points de suture. Issue de méconium solide sous forme de boulettes.

Meurt le lendemain. Cette mort est due à un vice de conformation de l'œsophage.

OBSERVATION XIV

POLAILLON, Soc. chirurg., 13 juin 1877, p. 416 et *Union médicale,* n° 65, p. 904.

Enfant présentant un anus bien conformé. Cul-de-sac à 2 centimètres. Pas de résistance élastique. Après ponction avec un trocart fin de l'aspirateur, ponctionne au bistouri, puis encore avec une sonde cannelée. Guérison.

OBSERVATION XV

DEPAUL, Soc. chirurg., 13 juin 1877, p. 416.

Cite un cas dans lequel on fit une ponction périnéale. Mort 27 ou 28 jours après de complications.

OBSERVATION XVI

MASON, *Médical, Times et Gazette, New Series,* vol. VI, p. 573.

Enfant présentant une imperforation rectale. Anus bien conformé. Obstacle à 3 centimètres. Ponction au trocart. Ecoulement de méconium. Mort 24 heures après.

OBSERVATION XVII

VINCENT (in thèse MAITRE, Lyon, 1887).

Petite fille née depuis trois jours. Météorisme. Opération par le procédé périnéal d'Amussat. Perdue de vue pendant deux mois. Au bout de ce temps l'ampoule rectale était de trois à quatre centimètres de la peau du périnée, puis il y avait un cercle étroit qui ne laissait échapper que le flux liquide du contenu intestinal. La guérison n'est obtenue qu'au prix d'une dilatation minutieuse.

OBSERVATION XVIII

(même auteur).

Enfant du sexe masculin. Imperfection avec prolongement fessier de l'extrémité inférieure du rectum. Organes génitaux bien conformés, mais sur le côté gauche de la verge il y a un cordon noirâtre mou. La ponction donne issue à du méconium. Incision de 4 centimètres sur le raphé. Dissection. A 2 centimètres de profondeur, on trouve une masse fluctuante noirâtre qui est le cul-de-sac. Il éclate sous les efforts de l'enfant. Une vingtaine de sutures sont faites. Guérison.

OBSERVATION XIX

(même auteur).

Enfant mâle né depuis 24 heures. Absence d'anus. Ventre tuméfié. Pas de saillie ni de coloration au périnée. Incision de 5 à 6 centimètres du coccyx à la racine des bourses. Incision médiane du coccyx. On arrive ainsi profondément sur une masse noirâtre. Incision et issue de méconium. Vingt sutures. État satisfaisant pendant quelques jours. Rentre chez ses parents et meurt au 13e jour.

OBSERVATION XX

Vincent (in thèse de Maitre, Lyon, 1887).

Enfant du sexe féminin née de la veille. Présente des malformations des organes génitaux externes d'une imperforation ano-rectale. Pas d'anus. Le cul-de-sac rectal est trouvé à 3 centimètres de profondeur dans la concavité du sacrum. Sutures. L'état général se maintient en bon malgré les autres vices de conformation. Elle finit par mourir cinq mois après d'atrepsie.

OBSERVATION XXI

(même auteur).

Enfant du sexe féminin. Opérée sans sutures. Dilatation faite d'abord puis cassée. Rétrécissement qui nécessite une intervention suivie de guérison complète.

OBSERVATION XXII

(même auteur).

Enfant mâle né de la veille. État général mauvais. Ventre ballonné, facies grippé. L'ampoule rectale est à 4 centimètres de profondeur au niveau de la troisième vertèbre sacrée. Double plan de sutures. L'enfant qui allait

bien d'abord meurt de phénomènes généraux dus à une plaie ombilicale assez étendue.

OBSERVATION XXIII

(même auteur).

Enfant mâle né depuis 38 heures. Ventre dur, ballonné. Refuse le sein. Pas d'anus. Séparation du rectum. Hypospadias. L'ampoule rectale ne peut être saisie. Mais vers la fosse iliaque on saisit une anse intestinale qui est abaissée et sectionnée. Sutures. Mort au 3e jour dans l'adynamie.

OBSERVATION XXIV

Asthon (*The Lancet*, 1827-1830, t. VI, p. 637).

Garçon de 20 heures. Anus bien conformé. Obstacles à 3 centimètres de l'orifice externe. Opération. Mort quelques heures après.

OBSERVATION XXV

Dr Rowan (*Méd. Times and. Gaz.*, IIe part., p. 133, 1877)

Le rectum s'abouche dans la vessie. On fait un anus artificiel par le périnée. On dilate. Dix mois après on avait cessé la dilatation : l'anus s'était peu à peu rétréci jusqu'à obturation et les matières coulaient par la vessie et l'urèthre, par une deuxième opération rétablit l'anus périnéal.

OBSERVATION XXVI

Ferré, interne du Dr Magnan (*Loire médicale*, 15 septembre 1886)

Enfant mâle né depuis trois jours. Vomissements bilieux et fécaloïdes. Les matières sortent par la verge. Incision de 3 centimètres 1/2 à 4 centimètres de la racine des bourses au coccyx. L'ampoule rectale est ouverte.

La muqueuse est suturée à la peau en se tenant aussi près que possible des bords de la plaie cutanée. Mort 6 jours après.

Autopsie : L'incision avait porté sur l'extrémité de l'ampoule rectale. La muqueuse avait été exactement suturée à la plaie cutanée et la cicatrisation était complète.

L'autopsie ne donne pas la raison de la mort.

OBSERVATION XXVII

A. Guinard (*Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie*, 1887, 23 déc., p. 837)

Imperforation anale. Communication recto-uréthrale. Opération. Guérison.

Enfant mâle, né à 7 mois. Il n'y a pas d'orifice anal et le même jour l'opération est faite. Le sillon interfessier ne présente pas trace de dépression et on ne peut sentir de saillie du cul-de-sac rectal. L'urine est plus foncée que normalement. Incision sur la ligne médiane de 4 centimètres. Dissection couche par couche. A 3 centimètres, le doigt perçoit vaguement l'expansion de l'ampoule rectale pendant les efforts. Le cul-de-sac est ponctionné au ras de la pointe du coccyx et la paroi rectale est saisie avec des pinces. Issue abondante de méconium. Sutures du rectum à la peau par deux fils d'argent, puis sutures avec des pointes perforées et des tubes de Galli. Issue par le nouvel orifice d'urine par une communication. Six jours après, les sutures sont enlevées ; l'urine ne coule plus par la plaie et sort limpide par l'urèthre.

Quatre mois après l'état général est excellent.

L'auteur fait remarquer que la perforation n'était pas due à l'instrument, l'urine était brune auparavant : il croit que le sinus uro-génital est resté ouvert dans l'ampoule rectale et que l'obstruction ne s'est faite qu'une fois le méconium évacué.

OBSERVATION XXVIII

TICHENOR. *The Orleans medical and surgical Journal*, n° 1, juillet 1883
(V. *Revue de chirurgie*, 1884, p. 935)

L'opération ne fut faite que 16 jours après la naissance. L'état général était grave et le ventre tellement ballonné qu'il menaçait d'éclater. Un petit spéculum fut introduit dans l'anus et poussé fermement jusqu'à ce qu'il rencontre une résistance. On examine alors avec soin, et il semble que l'extrêmité de l'instrument était appliquée contre une membrane. Celle-ci fut coupée trnnsversalement d'un coup de bistouri. Immédiatement des gaz se précipitent au dehors avec une grande force. Une seconde incision, perpendiculaire à la première, fut faite et fut suivie de l'issue d'une grande quantité de méconium. Le ballonnement persiste encore pendant trois jours, mais l'enfant fut très soulagé d'abord et guérit.

OBSERVATION XXIX (Traduite et résumée par FAGE)

Reginald HARRISON (*The Lancet* fév. 1876)

Anus imperforé chez une petite fille âgée de 33 jours. Opération. Guérison.

Petite fille âgée de 33 jours, née avec un anus imperforé. Peu après la naissance, ponction sans résultat à la place présumée de l'anus. Quelques jours après, vomissements fécaloïdes.

Conformation normale des organes génitaux. Absence complète de toute trace d'anus. Rien qui puisse guider pour découvrir la position du rectum.

Incision de la peau dans le point correspondant à la place normale de l'anus. Le bistouri enfoncé d'un pouce et demi dans la direction du rectum, il est possible d'introduire le petit doigt et de sentir au fond de la plaie le rectum. Ponction de cet organe avec un large trocart de l'aspirateur ; issue de matières fécales. Élargissement de la plaie à l'aide de pinces larges. Pansement avec une mèche de charpie huilée. Guérison.

Pour l'auteur, le fait que l'imperforation anale ait été sans inconvénients, supportée si longtemps, rend cette observation remarquable et constitue, à sa connaissance, un cas unique dans la science.

OBSERVATION XXX (traduite et résumée par Fage).

Dalgleish (*The Lancet*, septembre 1887).

Imperforation de l'anus. Opération. Guérison.

Cas intéressant parce qu'il démontre tout ce que la nature peut faire pour la réparation et l'arrangement des tissus dans les premiers jours de la vie.

L'enfant n'a pas été à la selle depuis quatre jours qu'il est né. Anus normal en apparence ; en réalité il se termine en cul-de-sac comme on le constate en enfonçant le doigt. Introduction d'un spéculum auris et perforation de la membrane obturative avec un ténotome ; pas d'issue de méconium. Sans élargir l'ouverture externe naturelle, l'index est introduit et sent, à travers une masse de tissu cellulaire occupant la place normale du rectum, que l'intestin est situé aussi haut que le doigt peut atteindre. Le doigt servant de guide, incision au fond de la plaie et écoulement du méconium et de matières fécales.

Il n'y fut plus touché. Deux mois après il était évident qu'une membrane muqueuse de nouvelle formation avait formé un rectum.

OBSERVATION XXXI (traduite et résumée par Fage).

Coskéry (*New-York méd. Journ.*, juillet 1886).

Imperforation de l'anus opérée seulement le vingt-septième jour après la naissance. — Guérison.

Enfant du sexe masculin, âgé de 27 jours, n'ayant pas eu de selles depuis sa naissance, présentant à la place normale de l'anus un cul-de-sac d'un pouce et demi de profondeur. Le petit doigt y était introduit avec peine et ne sentait aucune fluctation.

Une ponction de la membrane obturatrice, faite avec un trocart le 11 dé-

cembre, détermine l'issue d'une certaine quantité de matières fécales. Une sonde est introduite pour agrandir l'ouverture. Mais 24 heures après il n'y a pas eu de nouvelles selles et le ventre de l'enfant est encore distendu. Nouvelle ponction avec une large trocart qui détermine la sortie d'une grande quantité de gaz et d'environ trois onces de matières fécales liquides. L'indicateur est introduit dans la plaie, enfoncé à plusieurs reprises. Le lendemain matin l'enfant eut neuf évacuations.

Onze jours après cette opération, il fallut dans l'espace de 24 heures employer de petites manœuvres opératoires à sept reprises différentes pour faciliter la défécation.

L'état de l'enfant a avantageusement changé. La mère a appris à introduire dans le rectum un instrument mousse pour maintenir ouverte la plaie faite par le trocart.

Le 9 janvier, soit 57 jours après la naissance, encore introduction d'une large canule ; injection d'eau chaude ; issue d'une grande quantité de gaz et de matières fécales.

Mise à demeure d'un gros drain qui d'ailleurs fut bientôt enlevé parce qu'il ne pénétrait pas facilement dans le rectum et qu'il occasionnait par sa présence l'irritation du sphincter.

10 janvier, élargissement de la plaie à l'aide des deux index d'abord introduits puis brusquement séparés.

17 janvier (64 jours après la naissance), sous chloroforme, élargissement de la plaie avec de fortes pinces et à l'aide d'un dilatateur de l'urèthre de femme ; injection d'eau chaude ; évacuation abondante.

1er février : l'ouverture fermée de nouveau, est dilatée encore une fois sous le chloroforme jusqu'à ce qu'on puisse y introduire le petit doigt.

16 février : dilatation nouvelle sous chloroforme ; introduction d'un drain d'un pouce et demi de diamètre. Deux heures après, le tube tombe et n'est pas replacé.

24 février : introduction d'un dilatateur uréthral et dilatation de trois quarts de pouce.

27 février : on commence la dilatation progressive avec des bougies. Guérison.

OBSERVATION XXXII (traduite et résumée par FAGE).

J. W. SMITH (*The Lancet,* fév. 1888).

Imperforation de l'anus. Communication du rectum avec la vessie. Opération. Guérison.

Anus imperforé. Communication du rectum avec la vessie. Le procédé opératoire employé a été le suivant : Ne trouvant aucune trace d'intestin, j'incisai la peau sur la ligne médiane dans la direction du coccyx, 3 centimètres de longueur sur 1 centimètre de profondeur. En coupant sur l'index introduit dans la plaie et servant de guide, je finis par arriver sur le rectum. Je le touchai du doigt et pus sentir à travers ses parois l'extrémité d'un fin cathéter introduit dans la vessie par l'urèthre. Faisant mouvoir doucement mon cathéter, je pus le faire pénétrer dans le rectum et le mettre en contact plus intime avec mon doigt. Incision sur le point où il pouvait y avoir une facile évacuation. Passage d'une large mèche.

Deux semaines plus tard, il n'y avait plus de mélange des matières fécales et des urines.

J'estime qu'une intervention hâtive, faite 24 heures après la naissance, donne en général un bon résultat.

OBSERVATION XXXIII

Zur Casuestik der Atresien der Darmkanales, par J.-W. DEKIO et REVAL, (*Darpeter medicinische Zeitschrifft,* vol. III, Ier livr., 1872).

Enfant mâle, né depuis trente heures, respirant et se nourrissant bien. Pas d'anus, ni même de raphé distinct, mais, à la région où aurait dû être l'anus, une tache ovale rouge pâle en avant du coccyx. Organes génitaux bien conformés. Au niveau du raphé scrotal, on sent un cordon représentant une veine gorgée de sang et se terminant par un renflement rénitent. La ponction, à ce niveau, amène du méconium. Une ouverture est faite à l'angle du scrotum et du périnée. On dilate pendant quelque temps. Guérison.

OBSERVATION XXXIV

(Même auteur).

Enfant mâle, né depuis quatre jours. Vomissements. Teint ictérique. Ventre gonflé et tendu. Organes génitaux normaux. Pas d'anus, mais à sa place tache ovale d'un rouge brun, sans élevure ni dépression. Une incision faite à ce niveau est menée jusqu'à un pouce de profondeur. Evacuation du méconium. L'enfant allait bien, puis a été perdu de vue pour une maladie grave de l'auteur.

OBSERVATION XXXV

(Même auteur).

Enfant mâle, né depuis quatre jours. Vomissements. Anus normal se terminant en cul-de-sac à un pouce de profondeur. On sent la résistance. Incision facile. Dilatation. Guérison.

OBSERVATION XXXVI

Doutrelepont (*Berlin Klin. Voch.*, 22 août 1881).

Enfant mâle âgé de 30 heures. Pas d'anus. Phimosis avec agglomération du méat. Pas d'urine rendue. Opération du phimosis et cathétérisme. Incision anale. On arrive à cinq centimètres de profondeur pour trouver le rectum. Un tampon phéniqué est mis au fond de la plaie et on attend 24 heures.

On aperçoit alors un cul-de-sac grisâtre au fond de la cavité. Les cris lui communiquent une certaine impulsion, et il ne paraît pas plein. On attend encore 24 heures. L'enfant n'ayant pas uriné, on le sonde puis on attire le rectum en bas sans beaucoup de résultat. Alors incision cruciale. Evacuation d'une grande quantité de méconium. Suture au tégument. La miction s'accomplit normalement à partir de ce moment. Un drain rigide est placé dans le rectum. Guérison.

OBSERVATION XXXVII

Samuel Thorn. Four cases of imperforate anus occurring in the male infants. (*The medic. Record New-York*, 1er avril 1873, p. 147).

Enfant vigoureux né depuis 30 heures. Anus ayant l'apparence d'ombilic. Résistance bien marquée au fond. Du méconium avait été rendu avec l'urine, d'où communication avec l'urèthre. Incision jusqu'à 1 centimètre 1/2. Après introduction d'un trocart explorateur qui donne issue à du méconium une ouverture large est faite au bistouri. Pas de sutures. Dilatation pendant quelque temps. Revu trois ans après, la guérison est complète.

OBSERVATION XXXVIII

(même auteur).

Enfant faible né depuis 21 heures. Conformation analogue au cas précédent moins l'apparence d'ombilic. Dissection de toute la profondeur du doigt sans pouvoir trouver le rectum. Colotomie refusée par les parents. Mort.

OBSERVATION XXXIX

(même auteur).

Enfant né depuis 24 heures. Dissection aussi profonde que dans le cas précédent, puis ponction. Issue de méconium. L'enfant se nourrit seul et meurt une dizaine de jours après avec des phénomènes d'entérocolite.

OBSERVATION XL

(même auteur).

Enfant né depuis 36 heures. Pas d'anus mais fossette avec 2 ou 3 petits orifices n'allant pas au delà de la peau. Résistance moindre que dans les deux autres cas. L'incision ne dépasse pas un pouce de profondeur. Dès que l'intestin est ouvert, le méconium s'échappe abondamment ainsi que quelques gaz. Sept semaines après, l'enfant continue à aller bien et à profiter. L'anus offrait son apparence normale.

L'auteur fait remarquer que dans ces cas l'opération a été faite sans mettre de sonde dans l'urèthre. La fistule recto-uréthrale signalée dans le premier cas s'est oblitérée facilement et spontanément.

OBSERVATION XLI

VERNEUIL, Soc. Chir., 2e série, t. V, 3 février 1864,

Enfant né avant terme (7 mois 1/2), la veille, n'avait rien rendu. Ventre ballonné. Anus normal dilatable. Cul-de-sac de 15 à 20 millimètres. Cependant on parvient à introduire le stylet qui ramène du méconium. Mort le jour même.

OBSERVATION XLII

LERNON, Th. Paris, 1886.

Enfant mâle, âgé de trente heures. Peau normale au périnée. Pas de saillie pendant les efforts. Une incision périnéale jusqu'à une profondeur de un centimètre ne donne aucun résultat. Vingt-quatre heures après, la dissection est poussée plus loin, jusqu'à quatre centimètres, sans résultat.

Le lendemain, le ventre est très ballonné. Pas de vomissements. Un peu d'œdème à la région pubienne. Nouvelle tentative amenant enfin sur le cul-de-sac. Incision. Issue du méconium. Impossibilité de suturer. Quinzè jours après, l'état était très bon. L'orifice est dilaté. Succombe quelque temps après d'athrepsie.

OBSERVATION XLIII

TRÉLAT, Clinique. (*Umion méd.*, 14 fév. 1886).

Homme de 35 ans, opéré à l'âge de trois jours par le périnée. N'a jamais pu aller à la selle qu'avec des lavements. Un peu de rectite. Un peu de rétrécissement à 4 ou 5 centimètres de l'anus.

OBSERVATION XLIV

LARGER, Soc. Chirurgie, 12 mars 1884.

Enfant opéré par West. Il existait à la région anale une ampoule distendue. Elle est incisée.

Issue de méconium. Les phénomènes d'obstruction persistent. L'enfant meurt. Il existait un second rectum plus haut.

OBSERVATION XLV

SAINT-GERMAIN, Soc. de Médecine de Paris; 12 avril 1873 (*Gaz. des Hôpitaux*, 1873, p. 868).

Enfant mâle né depuis la veille. Pas d'anus.

Pas de gonflement ni de saillie périnéale.

Incision sur la ligne médiane en avant du scrotum sur une étendue d'environ 2 centimètres.

A 1 centimètre et demi on sent une masse noirâtre et arrondie. Incision après fixation avec des pinces.

Issue de méconium. Pas de sutures.

Tampon de charpie. Dilatation.

Guérison définitive.

OBSERVATION XLVI

(même auteur).

Enfant mâle vigoureusement constitué, né depuis deux jours. Anus bien conformé. Cul-de-sac à 2 centimètres puis un de 2 centimètres 1/2 de l'anus à la pointe du coccyx.

A deux centimètres de profondeur on sent une anse intestinale qui est amenée en bas et incisée.

Issue de méconium. Pas de pansement ni de suture.

Les nuits sont bonnes pendant une vingtaine de jours, puis l'ouverture s'oblitère un peu. L'état général est mauvais. L'enfant non revu est mort assurément.

OBSERVATION XLVII

DELENS, Soc. Chirurgie, 24 mars 1875.

Enfant de 48 heures. Anus bien conformé. Cul-de-sac à 2 centimètres. Après résection du coccyx le cul-de-sac rectal est atteint.

Huit points de suture. Six mois après prolapsus rectal.

L'enfant est dans un état misérable qui ne permet de faire aucune intervention.

OBSERVATION XLVIII

DURET, de Lille, *Revue de Chirurgie*, 1885, p. 425.

Enfant amené le 25 avril 1884. Petite dépression cutanée figurant l'anus. Organes génitaux bien développés.

Incision de 1 centimètre au périnée. Arrive à 3 centimètres sans rien trouver. Pas plus de résultat après résection du coccyx.

Voit alors sortir du méconium par l'urèthre. Introduit un stylet qui arrive dans l'ampoule rectale et guide le bistouri. Sutures faites à la peau difficilement. Guérison.

OBSERVATION XLIX

CH. BERNARD, de Roubaix (*J. sc. méd. de Lille*, 1886, p. 353).

Enfant de quatre jours. Urine normalement mais ne rend pas de méconium. Le 3e jour commence à vomir.

Peau chaude. Ventre tendu, sonore. Peau œdematiée. Fosse iliaque gauche empatée. Organes génitaux mâles normaux. Pas de raphé, pas d'anus. Enfonce une aiguille de l'aspirateur à 3 centimètres. Ramène un peu de méconium.

Incision et dissection périnéales. L'ampoule est à 5 centimètres. Hémorrhagie peu abondante. Malgré la luxation du coccyx en arrière, la muqueuse ne peut être abaissée jusqu'à la peau.

Ouate et pommade boriquée.

Mort trois jours après.

OBSERVATION L

(même auteur).

Enfant mâle né depuis 48 heures. Anus normal. Bride à un centimètre. Rénitence.

Ponction et incision de la bride. Issue du méconium.

Guérison.

OBSERVATION LI

V. Faucon. (*J. sc. méd. de Lille*, 5 mai 1886, p. 281).

Enfant mâle bien constitué né depuis trois jours. Anus bien conformé, cul-de sac à 2 centimètres. On sent aisément une rénitence quand l'enfant fait des efforts.

Une sonde ayant été introduite dans la vessie, incision à 2 centimètres en arrière de l'anus. Section des tissus de la bride.

Passage d'un fil dans l'ampoule. Incision, quatre sutures à la peau.

Guérison.

OBSERVATION LII

F. Boisvert (*Journal de méd.* Bordeaux, 1886-1887, n° 4, p. 39).

Enfant mâle sans anomalie apparente. Anus normal opéré le surlendemain de sa naissance.

M. Lugeol se sert d'un trocart de petit calibre qui perfore la membrane obturatrice épaisse de quelques millimètres et pénètre dans le cul-de-sac.

Issue du méconium. Mort le lendemain. Il y avait une perforation au niveau de la face antérieure du colon ascendant. La cavité péritonéale était remplie de méconium.

TABLEAU RÉSUMÉ

Des Observations précédentes d'Anus imperforé opéré par la Méthode périnéale.

	NOMS DES OPÉRATEURS	ANNÉES	AGE DE L'ENFANT	RÉSULTAT
1	Trélat.	1862	36 heures.	Mort huit heures après.
2	Dolbeau.	1862	»	Mort quelques instants après.
3	Forget.	1863	»	Ne peut trouver le bout. Mort.
4	Verneuil.	1862	4 jours.	Mort huit jours après.
5	Marjolin.	1869	40 heures.	Vit encore six mois après.
6	Verneuil.	1873	2 jours.	Guérison.
7	Id.	»	»	Mort 48 heures après.
8	Id.	»	Quelq. h^res.	Mort au 12^e jour.
9	Id.	»	78 heures.	Mort au 35^e jour.
10	Id.	»	51 heures.	Vit encore 4 mois après.
11	Julliard.	»	2 jours.	Mort 13 jours après.
12	Tarnier.	»	»	Avait une autre malformation. Meurt d'asphyxie.
13	Polaillon.	1875	»	Mort le lendemain.
14	Id.	1877	»	Guérison.
15	Depaul.	»	»	Mort 28 jours après.
16	Mason.	»	»	Mort 24 heures après.
17	Vincent.	1887	3 jours.	Guérison.
18	Id.	»	»	Guérison.
19	Id.	»	24 heures.	Mort au 13^e jour.
20	Id.	»	»	Mort cinq mois après.
21	Id.	»	»	Guérison.
22	Id.	»	»	Mort quelques jours après.
23	Id.	»	38 heures.	Mort au 3^e jour.
24	Asthon.	1827	20 heures.	Mort quelques heures après.
25	Rowan.	1877	»	Guérison.
26	Magnan.	1886	3 jours.	Mort 6 jours après.

TABLEAU RÉSUMÉ *(suite)*

Des Observations précédentes d'Anus imperforé opéré par la Méthode périnéale.

	NOMS DES OPÉRATEURS	ANNÉES	AGE DE L'ENFANT	RÉSULTAT
27	Guinard.	1887	Quelq. hres.	Etat excellent à 4 mois.
28	Tichenor	1883	16 jours.	Guérison.
29	Reginald-Harrison..	1876	33 jours.	Guérison.
30	Dalgleish	1887	4 jours.	Guérison.
31	J.-W. Smith.	1888	»	Guérison.
32	Coskery.	1886	27 jours.	Guérison.
33	J. W. Dekio.	1872	30 heures.	Guérison.
34	Id.	»	4 jours.	Guérison.
35	Id.	»	4 jours.	Guérison.
36	Doutrelepont. . . .	1881	30 heures.	Guérison.
37	S. Thorn.	1873	30 heures.	Guérison.
38	Id.	»	21 heures.	Ne peut trouver l'ampoule. Mort.
39	Id.	»	24 heures.	Mort 10 jours après.
40	Id.	»	36 heures.	Guérison.
41	Verneuil.	1864	24 heures.	Mort le jour même.
42	Lernon.	1886	30 heures.	Mort d'athrepsie.
43	Trélat.	1886	3 jours.	Vivant à 35 ans.
44	Larger.	1884	»	Mort.
45	Saint-Germain. . . .	1873	26 heures.	Guérison.
46	Id.	»	48 heures.	Doit être mort.
47	Delens.	1875	48 heures.	Meurt six mois après.
48	Duret.	1884	»	Guérison.
49	Bernard.	1886	4 jours.	Mort 3 jours après.
50	Id.	»	48 heures.	Guérison.
51	V. Faucon.	»	3 jours.	Guérison.
52	Boisvert.	1886	3 jours.	Mort le lendemain.

Ces observations au nombre de 52, les seules qu'il nous ait été possible de trouver dans les ouvrages qui ont été entre nos mains, ne doivent pas toutes entrer en ligne de compte dans une statistique. En effet, dans la dernière de Boisvert, la mort est due à une perforation. Dans deux autres cas, le bout inférieur du rectum n'a pu être trouvé et il n'a pas été procédé à une autre intervention, les parents ayant refusé. Enfin, dans un quatrième cas l'enfant est mort d'une autre malformation ayant déterminé l'asphyxie.

Il reste donc 48 observations ayant donné 28 guérisons et 20 morts.

Soit une mortalité de 41,6 %.

CHAPITRE IV

La pratique de colotomie pour les imperforations ano-rectales remonte à la fin du siècle dernier et depuis elle a été faite un certain nombre de fois, puisque nous avons pu en relever une centaine de cas que nous allons examiner dans ce chapitre.

TABLEAU

Résumant les principaux cas de Colotomie pratiqués avant 1865

(Giraldès, *in dict. de méd. et chir. pratiques*, t. II, p. 634).

1° MÉTHODE DE LITTRE

	NOMS DES OPÉRATEURS	ANNÉE	AGE	ÉPOQUE de la mort après l'opération	BIBLIOGRAPHIE
1	Dubois	1783	3 jours	10 jours	Tüngel Uber Kunstl. Afterbeldung, 1853
2	Voisin.	1789	»	»	Rec. pér. de la Soc. de méd. Paris, v. XXI
3	Duret	1793	2 jours	43 ans	Schmidt's Jahrbuche Bd III
4	Desault	1794	2 jours	4 jours	Journ. de chir., t. IV, 1794
5	Voisin.	1802	20 jours	4 jours	
6	Duret.	1809	2 jours	4 jours	Schmidt's Jahrbuche Bd III
7	Legris Duval . . .	1813	»	19 jours	Tungel, *op. cit.*
8	Serrand.	1813	60 heures	49 jours	
9	Freer	1816	»	3 semaines	Lond. méd. and phys. journ. v. XLV
10	Miriel père.	1816	2 jours	40 ans	Tungel, *op. cit.*
11	Id.	1817	»	22 ans	Id.
12	Id.	»	4 jours	12 ans	Id.
13	Id.	1822	»	19 ans	
14	Id.	1823	»	2 ans	
15	Textor.	1826	»	2 ans	Krit repert f. d. ges Heilt Bd XX.
16	Rouillard.	1824	»	8 jours	
17	Schlugenweit . . .	»	»	mort	Tungel, *op. cit.*
18	Bizet.	1823	4 jours	lendemain	Id.
19	Id.	1830	»	1 mois	Id.
20	Klewitz.	1835	3 jours	2 ans	Id.
21	Roux.	1839	»	2 heures	Gaz. des hôpitaux, 1841.
22	Dauzel.	1846	3 jours	6 jours	
23	Nélaton (F.)	1854	»	6 jours	
24	Lenoir.	1855	3 jours	8 jours	Schmidt's Jahrbucher Bd III
25	Goyrand	»	»	10 mois	Id.
26	Lepreste	»	»	14 mois	Id.
27	Rochard	1859	»	5 ans	Id.
28	Johnston (W.-D.)	»	»	2 jours	Id.
29	Goullaud.	»	19 jours	6 jours	
30	Curling.	»	»	»	
31	Demarquay	1863	»	4 mois	
32	Giraldès	»	»	2 m. 1/2	

Ces 33 cas donnent un total de 15 guérisons et 18 morts si nous considérons comme guéris tous les cas où la survie a été d'au moins un mois.

2° COLOTOMIE LOMBAIRE

(Procédés de Callisen et d'Amussat)

NOMS DES OPÉRATEURS	PROCÉDÉ	AGE auquel les malades ont succombé	BIBLIOGRAPHIE
Amussat.	Amussat.	7 ans	Schmidt's Jahrbucher Bd III.
Id.	Id.	8 jours	Id.
Id.	Id.	7 semaines	Id.
Pougon.	Id.	24 heures	Lancette française, déc. 1828.
Curling.	Id.	18 heures	The Lancet, vol. I, 1857.
Id.	Callisen.	9 jours	Méd. chir. Trans., vol. XLIII.
Id.		8 ans	Id.
Guersant.	Callisen.	6 jours	Schmidt's Jahrbucher Bd III.
Leslie.	Id.	3 jours	
Maisonneuve . . .		7 mois	
Id.		8 jours	
Richet.		»	

Soit en résumé 12 cas de colotomie lombaire ayant fourni 4 guérisons et 8 morts.

On voit donc par ces deux tableaux que sur 100 observations recueillies par Curling et par Giraldès d'enfants atteints d'imperforation ano-rectales 45 ont été opérés soit par la colotomie iliaque, soit par la colotomie lombaire.

Sur ces 45 opérés 19 ont survécu à l'opération.

Sur ce nombre	4 ont vécu	à l'âge de	9 à 22 ans.
	7	»	2 à 14 ans.
	5	»	4 à 14 mois.
	3	»	1 à 3 mois.

Dans ce travail d'ensemble sur 351 cas de colotomie Welmer-Ridgway Batt (*am. j. of. th. m. sc.* 1884) cite 52 cas de colotomie pour imperforation de l'anus.

Ce tableau est résumé par John Orhhurst (*Encyclop intern. chir.*, t. VI, p. 606).

La plupart de ces cas faisant double emploi avec le tableau de Giraldès, nous allons seulement donner la liste de ceux que n'a pas connus ce dernier auteur, ou qui sont postérieurs à son article.

1° COLOTOMIE ILIAQUE (Méth. de Littre).

	NOM DES OPÉRATEURS	RÉSULTAT	BIBLIOGRAPHIE
1	Busch.	Guérison	Van Erckelens.
2	Gardiner. . . .	Id.	Canada, med. and surg. Journal, 1876.
3	Green.	Id.	Schmidt's Jahrbucher Bd III.
4	Masse.	Id.	Tüngel, *op. cit.*
5	Jacobi	Mort	Ann. Journal Obstétric., vol. VIII.
6	Ouvrard. . . .	Inconnu	Tungel, *op. cit.*
7	Runke	Mort	Jahrbucher f. Kinderheilkunde Bd IX.
8	Id.	Guérison	Id.
9	Schack.	Mort	Van Erckelein, *loc. cit.*
10	Tüngel.	Guérison	*Op. cit.*
11	Id.	Id.	Id.
12	Dupuytren. . .	Mort	Leçons orales, t. III.

2° COLOTOMIE LOMBAIRE.

	NOM DES OPÉRATEURS	PROCÉDÉ	RÉSULTAT	BIBLIOGRAPHIE
1	Amussat. . .	Amussat.	Guérison.	Œlters méd. Vochensch., 1842.
2	Ayres.	Id.	Id.	New-York, Journ. of méd. 3 d. 8 v. II
3	Baker	Id.	Id.	Trans. clin. Soc. Lond. v. XII.
4	Bryant. . . .	Callisen.	Id.	Schmidt's Jahrbucher Bd III.
5	Croasdale . .	Amussat.	Mort	Communications personnelles.
6	Curling. . . .	Callisen.	Id.	Méd. chir. Trans. vol. XLIII.
7	Derrington. .	Amussat.	Id.	Prov. med. and surg. Journ. 1850
8	Elkington . .		Id.	Bul. méd. Journal, vol. II, 1878.
9	Post	Amussat.	Guérison.	Ann. Journ. obstét., vol. VIII.

En résumé, 12 nouveaux cas de colotomie iliaque donnent 7 guérisons, 4 morts et un résultat inconnu.

Les 9 cas d'anus lombaire fournissent 5 guérisons et 4 morts.

Il faut ajouter un autre cas mortel signalé par W.-R. Batt et dont le procédé opératoire est inconnu.

Ce qui fait un premier total de 67 cas de colotomie ayant eu pour résultat 31 guérisons et 36 morts;

Soit pour la méthode de Littre, 22 guérisons, 22 morts.

Pour la méthode de Callisen, 2 guérisons, 3 morts.

Pour la méthode d'Amussat, 5 guérisons, 6 morts.

Pour la colotomie lombaire sans désignation de méthode, 2 guérisons, 3 morts.

Enfin un cas dont le procédé est inconnu, 1 mort.

A cette liste nos recherches personnelles nous permettent d'ajouter 24 nouvelles observations que nous allons maintenant passer en revue.

OBSERVATION I

LARREY, Soc. chir. le 20 février 1856, 1re série. t. VI.

M. Larrey montre un enfant de 7 mois et demi né avec une imperforation de l'anus et opéré 2 jours après sa naissance. On tente en vain d'ouvrir une voie par le périnée ; on fait alors l'entérotomie lombaire. Au moment de l'examen, l'enfant présente du côté de son anus artificiel des particularités intéressantes qui sortent de notre cadre.

OBSERVATION II

CHASSAIGNEAU, Soc. chir., 20 février 1856 (*Bull.*, 1re série t. VI.).

M. Chassaigneau cite le cas d'un enfant imperforé à qui on fit l'entérotomie lombaire, puis on introduisit ultérieurement une sonde dans le bord inférieur de l'intestin de manière à faire saillir le cul-de-sac rectal au périnée. L'anus fut ainsi rétabli avec succès.

OBSERVATION III

GUERSANT, Soc. chirurg., 20 février 1856 (*Bull.*, 1re série, t. VI.).

M. Guersant a fait dix fois l'anus de Littre et a pratiqué quatre fois l'entérotomie lombaire par la méthode de Callisen. Tous ses opérés sont morts au troisième ou quatrième jour.

OBSERVATION IV

MARJOLIN, Soc. chirurg., 24 septembre 1862 (*Bull.*, 2e série, t. III, p. 423).

Enfant du sexe féminin, né de la veille. Ventre peu distendu. Vessie distendue. Cathétérisme après lequel on sent entre la vessie et le scrotum un corps mou. Matité légère à la percussion. Anus bien conformé, mais imper-

foré à 1 centimètre. A chaque effort, sensation de refoulement. Suivant le procédé de Verneuil, le périnée est disséqué sans trouver l'ampoule rectale. Le vagin est blessé.

Le lendemain, voyant la résistance de l'enfant, pratique l'anus de Littre. Ce procédé est choisi parce que les anses intestinales étaient distendues et qu'on sentait un cordon dur dans la fosse iliaque gauche.

Une anse remplie de méconium est sectionnée et fixée. L'enfant est mieux, prend un peu de lait; le ventre diminue, devient moins douloureux, mais l'enfant s'affaiblit et meurt au bout de 48 heures.

OBSERVATION V

GIRALDÈS, Soc. Chirurgie, 24 septembre 1862 (*Bull.*, 2e série, t. III, p. 433).

Enfant du sexe féminin. L'observation est en tout point analogue à celle de Marjolin (Obs. IV). Mort au bout de 3 jours. Il y avait aussi un rudiment d'anus.

L'auteur dit avoir suivi plusieurs fois la même conduite.

OBSERVATION VI

Zur Casuestik der Atresien der Darmskanales, p. J. W. DEKIO et REVAL. (*Darpater medicinische Zertschrifft*, vol. III., 1er livr., 1872).

Enfant de 1 jour, accouché au forceps, fort, tétant bien, mais vomissant ensuite. N'a rendu ni urine, ni méconium. Organes génitaux normaux. Les testicules sont dans les bourses. Tache brune au périnée. L'anus est représenté en arrière du rectum par une fossette d'environ 1/3 de pouce. Après examen de cette fossette, on pénètre dans l'intestin, mais il ne sort qu'un peu de mucus. Une sonde introduite vers le côlon ne ramène pas de méconium. Entérotomie iléocœcale. Évacuation abondante de méconium. Mort le lendemain.

Autopsie : Péritonite avec un peu de pus dans les parties déchirées. A l'anus artificiel il y avait déjà réunion des bords de la plaie à la muqueuse. Il y avait une altération au niveau de l'abouchement de l'intestin grêle dans le gros intestin.

OBSERVATION VII

SAINT-GERMAIN, Société de médecine de Paris, séance du 12 avril 1873.
(*Gaz. des Hôpitaux,* 1873, p. 868)

Petit garçon opéré par Giraldès, méthode de Littre. Succombe quatre-vingt-dix-neuf jours après. Autopsie. L'extrémité inférieure du rectum était à 5 centimètres de l'anus, qui existait.

OBSERVATION VIII

(même auteur)

Enfant du sexe féminin. Anus normal. Cul-de-sac admettant toute la longueur du doigt. Pas d'ampoule. Anus de Littre à gauche.

Une fois l'incision faite, tombe sur l'intestin grêle qui est suturé à la peau. Issue abondante de méconium. Les nuits étaient bonnes, mais l'enfant succombe au vingt-deuxième jour d'affaiblissement graduel.

OBSERVATION IX

R. U. KROENLEIN. (*Berlin. Klin. Voch.* n° 35, p. 526, 1er septembre 1879).

Agénésie rectale. Tentative vaine de proctoplastie. Anus de Littre. Nouvel essai fructueux de proctoplastie au bout de sept mois. Guérison.

Nouvau-né amené au bout de sept jours à la clinique de Giessen. Etroitesse du plancher du bassin. Anus normal. Cul-de-sac à deux centimètres et demi. Pas d'impulsion de l'intestin. Urine pure. Incision médiane en avant et en arrière de l'orifice. On parvient à trois pouces de profondeur sans rencontrer

le cul-de-sac rectal. La cavité péritonéale est ouverte. Exsudat de 120 gr. de liquide. On renonce à trouver le bout intestinal.

Alors anus iliaque gauche. Incision à un pouce au-dessous et au-dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ne pouvant trouver le gros intestin, une anse de l'intestin grêle est ouverte. Evacuation du méconium. L'enfant se rétablit.

A sept mois, le doigt ayant été enfoncé dans le cul-de-sac anal, on sent un corps résistant. Le tissu cellulaire est alors disséqué entre la vessie et le sacrum et le cul-de-sac est attiré en bas. Huit sutures sont faites autour du sphincter.

Le sixième jour les sutures tombent d'elles-mêmes. Guérison en trois semaines. La majeure partie des selles se fait par le dos les jours qui suivent l'opération.

OBSERVATION X

Valbaum, Ein. Fall. Von. Atrésie. ani urèt proctoplastik (*Berlin. Klin. Vocht.* 15 avr. 1880).

Petite fille jumelle née le matin. Pas d'anus, le ventre est météorisé. Vomissements immédiats des liquides ingérés.

Teinte bleuâtre au niveau de l'anus. Pas de tumeur méconiale perceptible.

Incision elliptique de 3 centimètres. On arrive à un centimètre dans une cavité qui admet le petit doigt et qui se poursuit en haut sans pouvoir rencontrer le bout intestinal.

Un cathéter introduit dans la vessie se perd à travers la paroi antérieure de la cavité qui est doublée d'une muqueuse.

L'ouverture est suturée à l'orifice.

Rien ne sort par cette ouverture.

Le lendemain colotomie iliaque. Issue abondante de gaz et de méconium. Mort 35 minutes après.

OBSERVATION XI (traduite et résumée par FAGE).

NEIL MACLEOD (*Brit. med. Journ.*, oct. 1880).

Imperforation de l'anus. Opération de Littre. Autopsie. Objections. Proposition d'une méthode nouvelle.

Enfant du sexe féminin. Anus aboutissant à un cul-de-sac d'un demi-centimètre de profondeur environ. Une sonde passée par le vagin se meut librement et est sentie depuis le cul-de-sac, place normale du rectum. Abdomen largement distendu, un peu plus à gauche. Vomissements muqueux.

Opération de Littre avec antisepsie rigoureuse. Pas d'écoulement de méconium dans la cavité péritonéale. Pas d'hémorragie. Mort 9 heures après l'opération.

Nécropsie.

Objections à la méthode de Littre :

Hémorragie possible.

Ouverture de l'intestin dans la plaie exposant à l'écoulement du méconium et du sang dans le péritoine.

En cas de survie, possibilité d'un anus artificiel.

Propose la méthode suivante : Après avoir fait l'opération ano-périnéale, on pourrait inciser l'abdomen sur la ligne médiane ou un peu à gauche, examiner le colon descendant et le rectum à l'aide de l'index gauche pour découvrir le siège et les rapports du cul-de-sac inférieur, porter le même doigt sur le plancher périnéal pour s'en servir comme guide, ouvrir la cavité péritonéale. L'index droit introduit alors dans le cul-de-sac rejoindrait le gauche et le reste de l'opération marcherait facilement une fois qu'on aurait ainsi trouvé à coup sûr le rectum.

OBSERVATION XII (traduite et résumée par FAGE).

PACKARD (*Amer. journ. of the med. Sc.*, 1884).

Colotomie lombaire à gauche pour imperforation anale. Survie de dix-neuf semaines et quelques jours.

Enfant du sexe masculin, vu le 23 mars 1884, 36 heures après la naissance, bien développé, mais souffrant, inquiet et atteint de vomissements incessants.

A sa place normale on trouvait l'ouverture de l'anus conduisant dans un cul-de-sac où on pouvait introduire le petit doigt à environ un pouce de profondeur. Une sonde pouvait être enfoncée à un quart de pouce plus haut à travers un trajet étroit faisant suite au cul-de-sac. On ne sentait rien indiquant où se trouvait la portion terminale de l'intestin.

Création d'un anus artificiel dans la région lombaire gauche.

Incision oblique de bas en haut et de dedans en dehors, partant de la crête iliaque et se dirigeant vers l'angle supéro-externe du carré des lombes, d'un pouce et demi de long. Incision des tissus sur une sonde cannelée jusqu'à ce qu'on eût trouvé le colon appliqué juste sur le milieu de l'incision. Passage de deux fils de soie à travers la paroi de l'intestin; ouverture de l'intestin; issue d'une grande quantité de méconium. Suture de l'intestin aux bords de la plaie. Pansement.

Quelques heures après l'opération, hémorragie assez abondante par la plaie, arrêtée par l'application d'acide tannique.

Guérison rapide.

Tendance très marquée de l'orifice à se rétrécir. Purgations et dilatation instrumentale tous les un ou deux jours.

Agrandissement de l'orifice fait prudemment avec un bistouri boutonné, l'orifice se maintenant rétréci. Quelques autres tentatives à peu près sans résultat.

Pendant quelque temps, état de l'enfant assez bon, puis affaiblissement progressif et mort le 7 août.

A l'autopsie, distension du colon qui contenait des matières fécales demi-liquides et normales. La valvule ileo-cœcale était très distendue; l'intestin adhérent à la paroi intestinale au niveau de l'anus artificiel. L'intestin se terminait en un vaste cul-de-sac, trop large pour qu'on pût se guider et l'ouvrir ainsi d'un coup de bistouri.

OBSERVATION XIII

Dr Elkington, (*Brit. med. Journal,* 7 septembre 1887).

Méthode périnéale infructueuse. Le lendemain, colotomie iliaque. On arrive aisément sur le colon distendu par des gaz et, dès l'ouverture, issue abondante de gaz et de méconium.

Six jours après, l'enfant présente les indices d'un dépérissement rapide. Les bords de la plaie prennent une teinte rouge. Mort.

Autopsie. — L'incision périnéale avait passé à un demi pouce au dedans du cul-de-sac rectal. Le cul-de-sac était fermement adhérent à la face postérieure de la vessie et uni à elle par des tissus fibreux.

OBSERVATION XIV

Jeannel. Essai sur la pathogénie des malformations de l'anus et du rectum. (*Revue de chirurgie,* 1887, p. 190).

Enfant du sexe masculin, né la veille.

Il n'existe qu'un simulacre d'anus sous forme d'un petit bourrelet circulaire. Urine contenant du méconium. Pas de tumeurs méconiales.

Prend difficilement le sein. Quelques vomissements jaunâtres.

Le rudiment d'anus forme un petit pertuis borgne profond d'environ 1/2 centimètre. Ventre un peu ballonné.

Opération faite le surlendemain de la naissance.

Incision médiane de 6-7 centimètres partant en arrière du scrotum et passant à droite du coccyx.

A 5 centimètres de profondeur, poche grisâtre collée contre le sacrum. C'est la vessie. L'intestin ne peut être trouvé.

Suture de la plaie par deux points à la soie.

Rectotomie de Littre par le procédé de Verneuil.

Après avoir écarté les anses intestinales, un cordon mou est saisi qui occupe la place de l'S iliaque et a le volume du pouce. Après ouverture, on reconnaît que c'est l'uretère. Suture.

Une anse intestinale est alors attirée au dehors; sectionnée et fixée à la peau. Issue d'un flot de méconium.

L'enfant prend le sein; il est faible cependant et meurt le surlendemain.

OBSERVATION XV

CLUTTON (*The Lancet*, p. 311. Ann. 1886).

Recherches par le périnée infructueuses. Anus de Littre. L'enfant meurt dans le marasme.

Le rectum s'arrêtait à 3 centimètres de l'anus, mais descendait cependant vers l'excavation pelvienne.

OBSERVATION XVI

DIETERLIN (*Fr. médic.*, 1881, t. I, p. 779).

Enfant mâle, âgé de trois jours, opéré par M. Marchand. Anus bien développé. Cul-de-sac à un centimètre environ. Ventre ballonné. Vomissements. Physionomie souffreteuse.

Ponction périnéale avec un trocart pris sans résultat.

Anus iliaque par la méthode de Littre.

Mort deux jours après de péritonite.

OBSERVATION XVII

LANNELONGUE, Soc. Chirurgie, 27 fév. 1884.

Enfant de 5 jours. Pas de vomissements, mais ne prend pas le sein. Anus bien conformé. Cul-de-sac à 3 centimètres. Pas d'impulsion pendant les cris.

Sécrétion urinaire normale.

Anus de Littre. Pansement boriqué. L'enfant se nourrit peu et succombe 5 jours après.

Péritonite.

OBSERVATION XVIII (traduite et résumée par FAGE)

HAYNES (*The Amer. journ. of the med. Sc.*. juill. 1884).

Cas de colotomie inguinale pour imperforation rectale. Guérison. Survie de 11 mois.

Enfant du sexe masculin paraissant sain et bien conformé.

En l'examinant, cependant, on trouvait un cul-de-sac situé à la place normale de l'anus et ayant sa forme naturelle, profond d'un demi-pouce, dans lequel ne pénétrait que le bout du petit doigt.

Le 7 septembre, quatre jours après la naissance, sous chloroforme, un trocart fut enfoncé sans succès dans la direction d'un tissu empâté qu'on sentait dans le côté gauche de la cavité pelvienne.

Alors fut décidée et pratiquée la colotomie.

Incision d'un pouce et demi le long et au-dessus du ligament de Paupart. Incision sur une sonde cannelée du tissu cellulaire et des muscles ; ouverture du péritoine. Le doigt, introduit dans la cavité abdominale, tombe sur le côlon (qui était vide), la plaie est dilatée avec des pinces. Deux ligatures solides. Ouverture de l'intestin. Écoulement de matières fécales et de gaz. Réunion de l'intestin aux bords de la plaie.

Les jours suivants, l'état de l'enfant est assez satisfaisant.

Le 30 septembre, sous chloroforme et après urination, une sonde est passée par la plaie et sentie par le doigt introduit dans l'anus dont elle ne paraît séparée que par une mince couche de tissu cellulaire. Incision cruciale permettant au bout de la sonde de sortir par l'anus. Dilatation avec une petite bougie uréthrale molle et un spéculum.

31 octobre : État général de l'enfant assez bon. Un bourrelet métallique et un bandage élastique ferment l'ouverture artificielle. La dilatation fut continuée jusqu'à passage possible de la première phalange de l'index.

Pendant ce temps, l'orifice abdominal avait pris des dimensions extraordinaires. Il fut rétréci à l'aide de sutures au fil d'argent ; mais les sutures cédèrent et la réunion ne se fit pas.

Plus tard l'enfant succomba dans une crise convulsive.

OBSERVATION XIX

Douvre (in thèse Anne, Paris, 1879).

Enfant né de la veille. Teinte subictérique. Vomissement. Ballonnement du ventre. Pas d'anus. Quand l'enfant crie on croit sentir une masse un peu molle. Incision périnéale de 25 millimètres, allant jusqu'à 35 ou 40 millimètres pour rencontrer l'ampoule. Jet de méconium par la sonde placée dans la vessie.

Anus de Littre à gauche. Perte de sang assez grande. Mort le jour même.

OBSERVATION XX

Lannelongue, Soc. Chirurgie, 27 février 1884.

Enfant mâle âgé de 32 heures. Quelques vomissements. Anus normal. Infundibulum à 2-3 centimètres de profondeur. Pas la moindre impulsion. Ventre tendu. Opération de Littre. Le gros intestin est suturé à la paroi. Suites de l'opération, bonnes.

Un mois après, une sonde est introduite dans le bout inférieur. Elle s'engage dans le petit bassin. Un trocart courbe de Chassaignac est introduit par son extrémité mousse et vient proéminer au sommet de l'infundibulum anal. Il eût été possible en procédant avec violence de franchir la séparation. Une incision postérieure partant de l'anus est faite sur la ligne médiane. La peau, les tissus sous-jacents et la cloison sont coupés par l'instrument tranchant. Drainage de l'anus normal à l'anus périnéal. Des matières sortent le lendemain par le tube. Les bords de l'anus iliaque s'épaississent. Une entérite avec selles diarrhéiques suivent, puis l'enfant est perdu de vue. Il a peut-être succombé.

OBSERVATION XXI

Polaillon, Soc. chirurg., 1877, 13 juin, p. 416.

Enfant mâle, né depuis 56 heures. Ventre ballonné. Vomissements jaunâtres.

Anus bien conformé. Cul-de-sac à 1 centimètre et demi. Pas de résistance élastique. Urine claire. Pas de gaz par l'urèthre.

Ponction avec un trocart fin. Un peu de méconium dans la canule.

Il résulte de l'exploration que l'ampoule rectale est très haute.

L'incision périnéale ne donne pas de résultat.

Entérotomie de Littre. Hernie de l'intestin grêle qui s'étrangle.

Débridement. Gaz nombreux qui nécessitent l'ouverture de l'intestin grêle qui est sectionné et suturé à la peau. Mort.

OBSERVATION XXII (traduite et résumée par Fage).

Par Herbert Barkwell (*The Lancet*, 25 décembae 1886).

Anus et rectum imperforés. Tentative inutile par la voie périnéale. Création d'un anus iliaque à gauche. Guérison.

Enfant du sexe masculin, âgé de 24 heures, ayant un anus imperforé. On fait une incision périnéale sur la ligne médiane, à la profondeur d'un demi-pouce sans trouver l'intestin; lavage et pansement de la plaie à l'acide car-

bonique. Le lendemain, sous chloroforme, création d'un anus iliaque du côté gauche. Un mois après l'enfant peut être considéré comme guéri.

OBSERVATION XXIII (traduite et résumée)

William Cornac (*The Lancet*, 3 juillet 1886).

Un cas d'anus inperforé. Colotomie à gauche trois semaines après, rétablissement de l'anus. Mort.

Enfant âgé de deux jours, observé le 21 mars. Anus bien conformé, mais se terminant en cul-de-sac à une hauteur d'un pouce et demi, sans sensation possible de l'intestin au toucher. On fait une colotomie à gauche, avec l'intention de passer dans quelque temps une sonde ou tout autre instrument mousse dans l'S iliaque pour explorer le rectum, voir s'il existe bien, et à quelle hauteur il se termine. C'est ce qu'on fait le 12 avril; il n'existe qu'une mince membrane entre l'anus et le rectum; on la sectionne, et on introduit un gros drain dans l'ouverture. L'état de l'enfant est très bon pendant quelques jours, au bout desquels se déclare une péritonite aiguë à laquelle il succombe le 17 avril. Autopsie.

OBSERVATION XXIV (inédite)

T. Piéchaud, Hôpital des Enfants, année 1888. — Recueillie par M. Estradère, interne des hôpitaux.

Imperforation anale. Tentative infructueuse par le périnée. Anus de Littre. Mort 40 jours après.

Mardi 30 octobre, à 10 heures du matin, on portait dans le service de M. le professeur Piéchaud, hôpital des Enfants-Assistés, un enfant de 4 jours.

Cet enfant se présente dans l'état suivant : Teint jaune terreux, peau légèrement refroidie surtout au niveau des extrémités, yeux ternes, ventre

ballonné fortement, mais ne laissant pas voir le dessin des anses intestinales.

Abdomen rénitent, sonore dans presque toute son étendue. Vessie vide ; par le catéthérisme, il ne s'écoule que quelques gouttes d'urine. Pas de convulsions à ce moment ; les parents n'accusent pas en avoir vu.

Ceux-ci nous disent que depuis sa naissance l'enfant n'a pas encore eu de selle.

Région périnéale. — Dépression sur la ligne médiane à plis radiés, correspondant à l'anus ; en avant, raphé ano-scrotal normal ; en arrière raphé ano-coccygien normal.

Le petit doigt introduit dans l'anus s'arrête à quelques millimètres, il semble qu'on sente au-dessus une sorte de cul-de-sac.

Un stylet introduit par le même orifice s'arrête au même niveau. M. Piéchaud porte le diagnostic d'imperforation anale.

Le toucher fait pressentir que le cul-de-sac rectal n'est pas trop distant. On essaie de perforer cette même cloison présumée avec un stylet, puis avec une sonde cannelée ; on pratique de nouveau le toucher, l'ampoule rectale semble n'être pas trop éloignée, aussi est-on décidé à débrider avec le bistouri.

Incision au niveau de l'anus. Incisions en avant et en arrière de l'anus. Nouveau toucher : il semble qu'on ne soit pas trop éloigné du cul-de-sac. On augmente la profondeur des incisions. On touche de nouveau ; le doigt s'enfonce à 4 centimètres 1/2 environ, l'enfant fait des efforts, mais on ne sent plus le cul-de-sac.

Le diagnostic est modifié : nous avons une imperforation de l'anus avec athrésie complète du rectum et nous ne pouvons savoir par l'exploration digitale le siège du cul-de-sac.

L'enfant est froid, sa respiration anxieuse, le météorisme augmenté. On fait part au père des dangers que court son enfant ; il consent à ce qu'on sauve la vie du petit être et se résigne à une opération palliative.

On réchauffe l'enfant, on le laisse au repos ; on attend, chance rare, mais possible, que le cul-de-sac rectal subisse une légère descente.

A 4 h. 1/2 l'enfant est réchauffé, mais les symptômes dus à l'occlusion sont légèrement augmentés, le toucher ne révèle plus l'existence du cul-de-sac.

On pratique un anus artificiel au niveau de la région iliaque gauche.

Opération : 1° Incision des parois abdominales couche par couche sur une étendue de 5 à 6 centimètres ;

2° Incision isolée du feuillet pariétal du péritoine. Apparition d'une anse d'intestin grêle. On l'écarte, on fouille de nouveau, on tombe sur une anse du gros intestin ;

3° Suture du péritoine et de l'anse avec des fils de soie. Antisepsie rigoureuse. 13 points de suture. La cavité péritonéale semble parfaitement close ;

4° Incision longitudinale de la paroi antérieure de l'anse ; irruption d'une énorme quantité de méconium jaunâtre et de gaz. L'enfant ouvre ses yeux ; ils sont brillants, et le malade semble éprouver une grande sensation de bien-être.

Lavages antiseptiques. Drain introduit dans la cavité intestinale. Pansement : gaze iodoformée, gaze phéniquée, gutta-percha, forte couche d'ouate enveloppant la partie inférieure du tronc et les membres inférieurs. L'enfant est remporté ; on recommande de ne pas toucher au pansement et d'alimenter l'enfant.

Mercredi 31 octobre, 9 heures matin : L'enfant est bien, son regard est vif, il a pris du lait à la cuiller, non au sein. Il s'est fortement vidé, ses selles sont jaunes, l'ouate est imbibée d'urine.

Les bords de la plaie présentent une rougeur intense, un peu d'induration.

Grands lavages à l'eau tiède simplement. Vaseline neutre tout autour de la plaie. Pansement avec de l'ouate iodoformée, sans gaze phéniquée, forte couche d'ouate simple.

Jeudi 1er novembre : Même pansement, enlèvement du drain.

Plaie moins rouge, atténuation de l'induration.

Etat général moins bon. L'enfant n'a pas encore pris le sein, et, devant une alimentation aussi défectueuse, on recommande l'allaitement au sein.

Vendredi 2 novembre : Etat général moins bon, mais état local meilleur.

Samedi 3 novembre : Sa mère a essayé de donner le sein à l'enfant, mais, les conditions qu'elle offre pour l'allaitement étant mauvaises, l'enfant est porté à l'hôpital où on lui donne une nourrice.

Dimanche 4 novembre : L'enfant prend difficilement le sein, mais il tète convenablement.

L'état général est très bon.

L'état local est des plus satisfaisants.

Pansement journalier comme précédemment. Diminution de la rougeur, disparition totale du point induré.

Lundi 5 : Etat général meilleur. Alimentation plus grande.

Les jours suivants tout va pour le mieux, les selles sont fréquentes, les bords de la plaie présentent un bon aspect.

10 décembre : La sœur chargée de surveiller l'enfant vient en toute hâte chercher l'interne de garde. L'enfant n'est pas allé à la selle depuis vingt-quatre heures ; sa face est pâle, ses yeux cerclés de noir, la peau terreuse ; le pouls petit, fréquent. Par l'ouverture pratiquée s'est engagée une anse intestinale qu'il est impossible de faire rentrer. Sur ces entrefaites et sans laisser le temps d'envoyer chercher M. Piéchaud, les parents arrivent et veulent à tout prix enlever leur enfant. Nous avons appris qu'il était mort en arrivant chez lui.

Les tableaux suivants résument ces diverses observations :

1° Colotomie iliaque

	NOM DES OPÉRATEURS	ANNÉES	AGE	RÉSULTAT
1-10	Guersant	1856	10 opérat^{ns}.	10 morts aux 3^{e} et 4^{e} jours.
11	Marjolin.	1862	1 jour.	Mort au bout de 48 heures.
12	Giraldès.	1862	»	Mort au 3^{e} jour.
13	Dékio	1872	»	Mort le lendemain.
14	Giraldès.	1873		Mort quelques jours après.
15	Saint-Germain. . .	1873		Mort au 22^{e} jour.
16	Kroenlein.	1879	7 jours.	Guérison.
17	Valbaum	1880	1 jour.	Mort 35 minutes après.
18	Macleod.	1880	»	Mort 9 heures après.
19	Elkington.	1887	3 jours.	Mort 6 jours après.
20	Jeannel	1887	2 jours.	Mort le lendemain.
21	Clutton	1877	»	Mort.
22	Douvre	1879	1 jour.	Mort le jour même.
23	Haynes.	1884	4 jours.	Suivie de onze mois.
24	Marchand.	1881	3 jours.	Mort deux jours après.
25	Lannelongue . . .	1884	5 jours.	Mort cinq jours après.
26	Id. . . .	1884	52 heures.	Vivait encore 5 semaines après
27	Polaillon	1877	56 heures.	Mort.
28	Mac-Cornac. . . .	1886	2 jours.	Mort quelques jours après.
29	T. Piéchaud. . . .	1888	4 jours.	Mort 40 jours après.

2° Colotomie lombaire

	NOM DE L'OPÉRATEUR	ANNÉES	AGE	RÉSULTAT
1	Larrey	1856	2 jours.	Vit encore 7 mois 1/2 après.
2	Chassaigneau. . .	1856	»	Guérison.
3-6	Guersant	1856	4 opérations	4 morts aux 3^{e} et 4^{e} jours.
7	Packard.	1884	36 heures.	Mort 5 mois après.
8	H. Barkwell. . . .	1886	24 heures.	Guérison.

Ces divers cas, au nombre de 37, fournissent 8 guérisons et 29 morts, soit 25 morts sur 29 colotomies iliaques et 4 morts sur 8 colotomies lombaires.

Ce qui, en les réunissant aux observations précédentes, forme un total de 105 cas de colotomie.

Les guérisons sont au nombre de 39, les morts atteignent le chiffre de 65 et il y a un résultat inconnu.

Soit 37,1 % de guérison ; mortalité, 61,9 %.

Si maintenant nous prenons chaque méthode séparément, nous voyons, pour l'anus de Littre, 74 cas avec 26 guérisons, 47 morts et un résultat inconnu.

Soit 36 % de guérisons ; mortalité, 62,6 %.

Pour la colotomie lombaire, on trouve 29 cas avec 13 guérisons et 16 morts, ce qui fait 44,8 % de guérisons ; mortalité, 55,1 %.

CHAPITRE V

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Les chiffres que nous fournissent les diverses observations précédentes nous dispensent de longs commentaires.

Du reste la question est aujourd'hui suffisamment éclaircie. Il est évident qu'outre l'avantage de rétablir l'anus à sa place normale, la méthode périnéale donne des résultats assez satisfaisants, et c'est toujours par cette voie qu'on devra d'abord essayer de rétablir le cours des matières, à moins que des raisons sérieuses ne tracent une voie différente à la main du chirurgien, dans le cas par exemple où un indice certain vient prouver que le rectum est totalement absent.

La proctoplastie paraît être la méthode de choix, sauf dans les cas où une simple membrane fait obstacle à l'issue du méconium.

Malgré les assertions de certains auteurs, et nous citerons de Saint-Germain en particulier, il y a un grand avantage à suturer le bout inférieur du rectum à la peau; on évite ainsi, d'abord le contact des matières avec les tissus et leur infiltration, et on prévient plus sûrement les rétrécissements consécutifs. La dilatation fréquente ne doit cependant pas être négligée : elle est d'une grande importance. Nous renvoyons pour les détails techniques aux travaux didactiques sur la question.

On consultera avec fruit la thèse de Maître (Lyon, 1887) exposant une modification de son maître, M. Vincent, à la proctoplastie.

Cet auteur, frappé du tiraillement qu'exerce souvent le rectum fortement abaissé, sur les sutures propose un double rang de sutures qui assure leur solidité.

La résection du coccyx, proposée d'abord par Verneuil, a été favorablement acceptée par la Société de chirurgie en 1873 et aujourd'hui elle est généralement employée. Elle a l'avantage incontestable de donner immédiatement du jour. On peut ainsi aller plus profondément, plus sûrement, sans déchirer les tissus et par conséquent sans effusion importante de sang, chose que l'on doit éviter avec grand soin chez les nouveau-nés et qui est le plus souvent la cause de l'adynamie consécutive et de la mort.

La hauteur à laquelle doivent être poussées les recherches a pu dans certains cas atteindre 5 centimètres; mais, outre que l'on peut blesser le cul-de-sac péritonéal, le bout inférieur du rectum est alors bien difficilement abaissé et l'on voit survenir un rétrécissement ultérieur, ou l'irritation de la plaie par les matières.

La règle générale de conduite est formulée par Giraldès dans un savant article du Dictionnaire de Jaccoud. « A la profondeur de 2 ou 3 centimètres, on doit s'arrêter et explorer de nouveau le fond de la plaie, les parties latérales et surtout la partie antérieure du côté de la vessie. Si aucun résultat n'est obtenu, on doit continuer à marcher vers la base du sacrum en se servant d'un instrument mousse ou même du doigt, mais si à cette profondeur on ne trouve pas l'intestin on doit abandonner l'opération... ».

Verneuil dit à la Société de chirurgie qu'il faut avoir recours à une autre méthode, si on ne trouve pas l'ampoule rectale, après avoir réséqué un centimètre du coccyx. Il considère que par la voie ainsi ouverte on peut remonter à trois centimètres de profondeur.

Mais une fois arrêté à cette hauteur, et c'est le point que nous avons en vue dans ce travail, que doit-on faire ?

Faut-il, comme le dit si catégoriquement de Saint-Germain, dans la *Revue des maladies de l'enfance*, se borner à cette intervention et laisser succomber l'enfant? Nous ne le pensons pas et nous ne croyons pas que le médecin ait le droit de laisser succomber sûrement un enfant, lorsqu'il a en son pouvoir quelques chances, fussent-elles minimes, de protéger son existence, même au prix d'une infirmité. Et ces chances de guérison ne sont pas quantité négligeable, si on veut bien se reporter à notre statistique, puisque un tiers des enfants opérés ont pu être sauvés.

La mortalité, nous n'en doutons pas, subira à l'avenir une notable diminution : car beaucoup d'interventions que nous avons citées datent d'une époque où les préceptes opératoires n'étaient pas parfaitement précis, où l'antisepsie n'était pas connue et où on n'avait pas les moyens aussi parfaits d'empêcher la perte de sang.

Quant à l'infirmité qu'entraîne la création d'un anus artificiel, on peut toujours espérer qu'elle ne sera pas définitive et qu'on pourra ultérieurement rétablir la voie normale d'excrétion. Ne voyons-nous pas en effet cette pratique employée déjà plusieurs fois ? Chassaigneau cite à la Société de chirurgie, en 1856, le cas d'un enfant imperforé à qui l'on fit l'entérotomie lombaire. Plus tard, on introduisit une sonde par le bout inférieur, de manière à faire saillir le cul-de-sac rectal au périnée où l'anus fut rétabli avec succès (V. Obs. II).

Lannelongue (Obs. XX), cite un cas analogue. A la suite d'un anus de Littre, on put créer plus tard l'anus dans sa situation normale. Malheureusement une entérite vint compromettre le résultat final, sans que l'on sache si l'enfant a succombé.

La même conduite est suivie par Mac Cornac, mais son opéré succombe de péritonite aiguë.

L'indication n'en reste pas moins la même, et nous ne doutons pas que dans la suite elle ne soit mise plus souvent en pratique.

Une autre question d'une grande importance est de savoir à quelle méthode on doit donner la préférence.

L'opération de Callisen, grâce aux modifications apportées à la méthode par Amussat, a joui d'une certaine faveur pendant un bon nombre d'années. Elle est à peu près complètement abandonnée aujourd'hui. Dans les nombreuses discussions qui eurent lieu à la Société de chirurgie, en 1861, aucun membre de la savante compagnie ne prit la parole pour la défendre et si on la pratique aujourd'hui, ce n'est que dans des cas exceptionnels. On lui reproche les difficultés qu'elle présente et les accidents qu'elle peut entraîner. L'opération de Littre est d'une exécution plus facile, le chirurgien n'est pas exposé en la pratiquant à blesser des organes ou à trouver des difficultés qu'il rencontre par la méthode de Callisen. De plus, l'ouverture artificielle est plus commodément placée pour les usages de la vie et il est plus facile chez le jeune opéré ou chez l'adulte de veiller à certains soins que réclame une telle infirmité. Aussi voyons-nous les auteurs conclure que, sauf indication spéciale, c'est à la méthode Littre que le chirurgien devra donner la préférence.

Cependant, en regardant notre statistique, nous ne pouvons nous empêcher d'être frappé de la mortalité bien moindre fournie par la colotomie lombaire (55 pour 100), tandis que l'anus iliaque arrive au chiffre de 62 pour 100.

Il est vrai que la méthode de Callisen est représentée par un nombre bien moins considérable d'observations, suffisant cependant pour nous empêcher d'être aussi affirmatif dans le choix d'une méthode. Il nous semble qu'il y aurait lieu de reprendre la pratique de la colotomie lombaire et d'apporter de

nouveaux faits avant de la juger définitivement. Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur le choix du côté où doit être fait l'anus artificiel iliaque. Les anciens auteurs le faisaient à gauche et cela avec raison, puisque les assertions d'Huguier, prétendant que chez le nouveau-né, l'S du côlon est placé plutôt à droite qu'à gauche, ne se sont pas trouvées exactes, ainsi qu'il résulte des recherches de Curling, Bourcart, Giraldès. C'est donc à gauche que se fait l'incision suivant les règles que nous n'avons pas à exposer ici.

Nous terminerons en disant que la colotomie doit être toujours tentée lorsque le bout inférieur du rectum ne pourra être atteint par le périnée; et cela sans perte de temps. Nous croyons qu'il sera toujours préférable de pratiquer séance tenante cette deuxième opération : tout au plus pourra-t-on attendre, comme dans le cas de M. Piéchaud, quelques heures, si l'on espère par une nouvelle tentative périnéale trouver l'ampoule rectale, et le résultat qu'on pourra espérer nous paraît suffisant, d'après les résultats acquis jusqu'à ce jour, pour que nous n'hésitions pas à trancher dans le sens de l'affirmative la question de la viabilité des enfants imperforés et nous dirons avec Giraldès qu'un enfant imperforé est un enfant viable, puisque la preuve en est dans les nombreux cas d'enfants imperforés qui ayant été opérés ont même atteint l'âge de quarante-trois ans.

CONCLUSIONS

De ce qui précède, nous conclurons :

1° En présence d'une imperforation anale, le chirurgien ne doit pas hésiter à intervenir ;

2° Cette intervention doit être faite d'abord par la voie périnéale par les procédés classiques ;

3° En cas d'insuccès, le médecin ne doit pas abandonner l'enfant et pratique de préférence sans retard un anus artificiel par la méthode de Littre ou par la méthode de Callisen ;

4° La colotomie iliaque est d'une pratique plus générale que la colotomie lombaire ; elle est d'une exécution plus aisée et se prête moins aux complications. L'anus ainsi créé est plus commodément placé pour le besoin de l'opéré ;

5° La méthode de Callisen fournit une mortalité sensiblement moins élevée. Elle n'a pas été pratiquée un nombre de fois suffisant pour être jugée définitivement et nous croyons qu'il n'y a pas lieu de l'abandonner avant d'avoir réuni de nouveaux griefs contre elle.

Vu : *le Doyen*,
A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr DEMONS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 décembre 1889.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nous ne citerons dans cet index bibliographique que les mémoires parus depuis 1865 renvoyant pour les travaux antérieurs à la bibliographie très complète des deux dictionnaires de médecine. Nous ne mentionnerons pas non plus les traités généraux de pathologie.

Enfin les observations que nous avons réunies sont accompagnées de leur indication d'origine. Nous réunirons seulement ici celles que nous n'avons pu avoir entre les mains.

Bodenhamer. — A practical tritease of the etiology and treatment of the congenital malformations of the anus and rectum (New-York, 1870).

Gillette. — *Union médic.*, 26 avril 1876. Imperforation ano-rectale. Enterotomie périnéale.

Bristowes (G.-S.) — S. Thomas Hosp. Rep., vol. VII, p. 293, 1876. Trois cas d'imperf. du rectum.

Anne. — Th. Paris 1879; Vice de conformation de l'anus et du rectum.

Rovillain. — Th. Paris 1882 » » »

Ramonet. — *Arch. génér. de médecine,* 1883, p. 257.

Ridgway-Batt (Wilmer). — Colotomie avec collection de 351 cas; *The amer. journ. of the med. sc.*, 1884, t. II.

Lernon. — Th. Paris, 1885; Contrib. à l'étude des imperf. ano-rectales.

Thierry (E.) — *Bull. méd. Yonne,* 1886, XXVII, 93-95.

Schultz (O.-T.) — *Am. Pract. and. News ;* Louisville, 1886, N. S., I, 54.

Singh. — Case of imperf. anus. Indian M. *Gaz. Calcutta,* 1887, XXII, 6.

Robson (M.) — Med. press. and circ. ; Lond., 1887, N. S., XLIII, 49.

» The clin. soc. Lond., 1887, XX, 103-105.

Clark (F. le G.) — Imperf. anus, S. Thomas' Hosp. Rep. Lond., 1887, N. S. p. 7-10.

Power (A.) — Imperf. anus male feminale, Tr. path. Soc. Lond., 1887, N. S., XXXVIII, p. 149.

Maitre. — Th. Lyon, 1887.

Valat. — *Bull. Soc. anat.*, 1888. Imperf. an. avec atrophie du sacrum et absence du coccyx.

Weinlechner. — Athrésie ani urethral. Am. 3 Lebenstage operirt ; aerst. Berlin. d. KK. allg. Krankend. Zu Wien, 1888, 229-231.

Kanebiro (T.) — Imperf. an. deat. and necroscopy. Sal. J. Kwel; M. J. Tokyo., 1888, Two Mouths.

Drescher (E.) — We athresia anicongénit. Hall. at. 1888. R. Nietschmann, 34 p. 8°.

Cabot (A.-T.) — A case of athresia ani urethral operit, with. relief. Med. New. Philad., 1888, IV, 526, 528.

14,012. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.